

Заместительная ферментотерапия нашим пациентам проводится препаратом Креон. Дозы Креона у исследуемых пациентов составили: до 5000 Ед/кг/сут у 9 детей, от 5000 до 10000 Ед/кг/сут – 10 пациентов, свыше 10000 Ед/кг/сут – ни у одного ребенка.

Выводы.

1. Большое число мутаций, обуславливают разнообразие клинической манифестации и течения заболевания, приводящих к поздней диагностике заболевания, особенно при отсутствии неонатального скрининга и популяционно-значимой панели мутации (не выявлены мутации гена CFTR у 31,6% детей). Наиболее часто встречаемой мутацией в Витебском регионе является F508del (31,6%).

3. У пациентов с МВ легочная инфекция чаще обусловлена *Ps. aeruginosa* и *S.aureus* с хорошей чувствительностью к антибиотикам.

4. Прогрессирование заболевания, нарастание хронической интоксикации, полиорганность поражений и присоединение осложнений в старшем возрасте замедлили темпы прироста основных параметров физического развития. Программы WHO Anthro версия 3 у детей до 5 лет и WHO AnthroPlus версия 3 у детей старше 5 лет, которые используют для оценки физического развития у детей с муковисцидозом, позволяют своевременно выявить нарушения развития у пациентов.

5. К сожалению, в настоящее время оказание медицинской помощи больным муковисцидозом в нашей стране остается на недостаточно высоком уровне. План ведения таких пациентов предусматривает активное диспансерное наблюдение, лекарственное обеспечение и лечебно-реабилитационные.

Литература:

1. Капранов, Н. И. Муковисцидоз / Н. И. Капранов, Н. Ю Каширская. – М. : Медпрактика, 2014. – 672 с.
2. Мановицкая, Н. В. Эпидемиология муковисцидоза у взрослых в Республике Беларусь / Н. В. Мановицкая, Г. Л. Бородина // Мед. журн. – 2014. – № 2(48). – С. 79–83.

НАРУШЕНИЯ ПИТАНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Лысенко И.М.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Гипотрофия (греч. *hupo* - ниже, под; *trophe* - питание) - это хроническое расстройство питания, характеризующееся дефицитом массы по отношению к росту, неблагоприятно влияющая на физическое и нервно-психическое развитие ребёнка, иммунологическую реактивность, толерантность к пище.

Материал и методы. К развитию гипотрофии могут привести различные экзогенные и эндогенные факторы. Этиологические факторы зависят от времени возникновения и соответственно формы гипотрофии: пренатальной или постнатальной. Под нашим наблюдением было 63 ребенка, находившихся на стационарном лечении в детских отделениях для новорожденных детей и детей грудного возраста. Многочисленные причины развития пренатальной гипотрофии, условно, можно разделить на три группы: **преплацентарные, плацентарные, постплацентарные.** В последние годы возрастает значение генетически детерминированных форм пренатальной гипотрофии. ЗВУР можно разделить на первичные (наследственные) и вторичные формы. Анализ данных генеалогического анамнеза у детей с пренатальной гипотрофией позволил установить семейную (первичную) несиндромальную форму с аутосомно-доминантным типом наследования.

Среди экзогенных факторов, вызывающих развитие **постнатальной гипотрофии**, существенное значение имеют алиментарные факторы.

К развитию гипотрофии часто ведут острые и хронические инфекционные заболевания. Вредное влияние на питание ребёнка оказывают нарушение режима и дефекты ухода. Причинами развития наиболее тяжелых форм пренатальной гипотрофии в настоящее время чаще являются эндогенные факторы: синдром мальабсорбции, пороки развития желудочно-кишечного тракта и других органов, наследственные нарушения обмена веществ (галактоземия, фруктоземия, некоторые аминокислотопатии и т.д.), иммунодефицитные состояния, эндокринные заболевания (адреногенитальный синдром), патология центральной нервной системы.

Результаты исследования. Несмотря на многообразие этиологических факторов, вызывающих развитие гипотрофии у детей раннего возраста, основой её патогенеза является хроническая стрессовая реакция.

Характер эндокринных и метаболических изменений, типичных для хронической стрессовой реакции, делает обоснованным понятие «стрессовый плод» по отношению к плоду с пренатальной гипотрофией, характеризующиеся тремя степенями тяжести (I, II, III). Гипотрофия I-й степени (42 ребенка) проявлялась умеренным похуданием ребёнка. У детей отмечалась бледность кожных покровов и слизистых оболочек, снижение тургора тканей и мышечного тонуса. Рост не нарушался. Аппетит и стул обычно оставались нормальными. Функции внутренних органов и психомоторное развитие не изменялись. При гипотрофии II-й степени (18 пациента) заметно ухудшалось состояние. Кожные покровы приобретали сероватый оттенок, становились сухими. Из-за низкой эластичности кожа легко собиралась в складки, особенно на внутренней поверхности бёдер. Тургор тканей и тонус мышц снижился. Подкожный жировой слой отсутствовал на туловище и конечностях. Дефицит массы сопровождался отставанием в росте на 1-3 см. У детей был плохой аппетит, снижена толерантность к пище. Они были раздражительны или беспокойны.

Обращала на себя внимание задержка в психомоторном развитии. Часто наблюдалась анемия. Характер стула зависел от особенностей питания. При копрологическом исследовании определяется много внеклеточного крахмала, перевариваемой клетчатки, нейтрального жира и жирных кислот, слизи и лейкоцитов.

При гипотрофии III-й степени (3 детей) состояние младенцев оценивалось как тяжёлое. Подкожный жировой слой отсутствовал везде, даже на лице. Лицо треугольной формы («лицо Вольтера»). Кожа с серовато-цианотичным оттенком, сухая, иногда с трещинами. Эластичность кожи и тургор тканей резко снижены, появилась пастозность тканей. Дефицит роста достигает 4-6 см. Отмечены признаки стоматита, молочницы. Функции внутренних органов значительно нарушены. Аппетит отсутствует, отмечалась выраженная жажда. Терморегуляция расстроена. Стул «голодный». Значительно угнетена центральная нервная система. При пренатальной гипотрофии отмечается дефицит массы тела по отношению к длине и массе соответственно сроку гестации.

Диагноз гипотрофии у детей базируется на данных клиники, оценке показателей дефицита массы тела с учётом роста.

Для оценки степени гипотрофии можно пользоваться таблицами центильных распределений массы по длине тела. На практике пренатальная гипотрофия у доношенных новорожденных часто диагностируется по массоростовому показателю, который в норме должен быть в пределах от 60 до 80; при гипотрофии I степени - 59-55; при II степени - 54-50; при III степени - меньше 50. Лечение. При гипотрофии I степени лечение обычно проводится в амбулаторных условиях, а при гипотрофии II и III степени - в стационаре. В первую очередь осуществляются мероприятия по установлению причин, приведших к развитию гипотрофии. Большое внимание должно уделяться организации правильного режима дня, ухода за ребёнком. Основой рационального лечения гипотрофии у детей раннего возраста является диетотерапия.

При лечении гипотрофии широко применяются витамины: С, В₁, В₆, В₁₂, А, Е, фолиевая кислота, пантотенат Са. Большое внимание уделяется ферментотерапии. Используется абомин, панкреатин, фестал, панзинорм, мексаза и другие ферменты. Назначаются препараты, обладающие анаболическим эффектом: рибоксин, оротат калия, L-карнитин, перитол, анаболические гормоны (последние, под контролем костного возраста), апилак в свечах, инсулин с глюкозой. Среди лекарственных негормональных средств с анаболическим эффектом особое место занимают препараты, содержащие L-карнитин. При сопутствующем дисбактериозе кишечника применяются биопрепараты. При тяжёлой гипотрофии больным внутривенно переливают альбумин, плазму, кровь, глюкозу, проводят парентеральное питание, возможно назначение гормональных препаратов. Патогенетически обосновано назначение препаратов, обладающих лимитирующим стресс эффектом. Организация правильного ухода и рационального питания

особенно важны при лечении пренатальной гипотрофии у новорожденных детей. Такие дети должны находиться в кюветах при температуре воздуха 29-34°C и влажности 60-70%. Рекомендуются ежедневные гигиенические ванны с температурой 37,0 градуса, протирание кожи стерильным маслом с добавлением витамина А.

В комплексном лечении этих детей используются витамины (особенно токоферол, фолиевая кислота, один из препаратов витамина В₁₂ - кобамамид).

Выводы. Профилактика гипотрофии у детей должна начинаться с укрепления здоровья женщины до беременности и во время беременности. При развитии гипотрофии у плода проводится её лечение с использованием сигетина, β-симпатомиметиков, эстрогенов, диатермии, сосудорасширяющих препаратов, улучшающих маточно-плацентарное кровообращение, а также мембраностабилизирующих средств. В профилактике постнатальной гипотрофии большое значение имеет рациональное естественное вскармливание, организация правильного режима и ухода за ребёнком, предупреждение и своевременное лечение заболеваний, осложняющихся развитием гипотрофии. Своевременная подготовка женщины к беременности и родам снизит процент рождения детей с различными формами гипотрофии.

ИННОВАЦИИ В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЗАНЯТИЙ ПО АКУШЕРСТВУ, ГИНЕКОЛОГИИ И ПЕДИАТРИИ

Лысенко И.М., Баркун Г.К., Лысенко О.В.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Современное медицинское образование практически невозможно представить без применения новых технологий. Несмотря на то, что подготовка квалифицированного врача невозможна без контакта и общения с пациентами, теоретическая составляющая обучения остается одной из важнейших составляющих учебного процесса. Нами приводятся варианты оптимизации учебного процесса для студентов с использованием электронных средств обучения.

Цель. Определить необходимость использования электронных средств обучения в учебном процессе при изучении дисциплин: акушерство и гинекология, педиатрия.

Материал и методы. В исследование включены студенты 4, 5 и 6 курсов, где используются электронные средства обучения.

Результаты и обсуждение. Учебный процесс в медицинском ВУЗе, в частности, на клинических кафедрах состоит из нескольких частей: теоретического повторения изучаемой темы, самостоятельной курации пациентов с последующим клиническим разбором тематических больных и оттачиванием практических навыков у обучаемых, тестового контроля с целью